UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 75

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA

MALADIE DE PARKINSON

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Juillet 1912

PAR

Henri UBAUD

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 29 avril 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { VIRES, professeur, *Président.* / BAUMEL, professeur. / LEENHARDT, agrégé. / EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN et MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA

MALADIE DE PARKINSON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 75

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA

MALADIE DE PARKINSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Henri UBAUD

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 29 avril 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VIRES, professeur, *Président.*
BAUMEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN et MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲);

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ,

MM. VIRES, professeur, *président.* | MM. LEENHARDT, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.* | EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Sentiment de reconnaissance.

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

H. UBAUD.

A MES MAITRES DE

L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MES MAITRES DE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LEENHARDT ET EUZIÈRE

H. UBAUD

AVANT-PROPOS

La vie d'étudiant a touché à son terme. En cet instant solennel qui va nous accorder le droit de soulager nos semblables, c'est un dernier adieu que nous adressons à cette vie toute faite, jusqu'alors, de liberté, de travail et de plaisirs.

Quel est celui de nous qui, près d'assumer la lourde tâche de sa profession, au plus profond de son émotion, n'évoque pas alors en lui-même les nombreux et doux souvenirs de ses années d'études !

Depuis le moment où, tout jeunes encore, nous apprîmes les lettres de l'alphabet, les jours n'ont cessé d'amonceler des dettes de reconnaissance envers nos maîtres.

C'est d'abord vers nos professeurs du Lycée de Nice, vers eux, qui, par leurs leçons, nous ont permis d'obtenir notre premier diplôme universitaire, que doit aller ce noble sentiment.

Grâce à leur enseignement, le libre accès des situations libérales nous a été donné.

Une marque de respect s'adressera au personnel de la Faculté des sciences de Marseille au milieu duquel notre séjour fut très bref, mais qui déploya encore toute son énergie à nous inculquer les principes nécessaires pour entreprendre les études propres à la carrière médicale.

A l'Ecole de médecine de Marseille, nous prîmes contact pour la première fois avec nos maîtres. J'adresse à tous un profond sentiment de reconnaissance. Ils furent pour nous à

la fois pleins d'égards et pleins de sévérité, ne se laissant guider que par le respect de la science.

Notre gratitude ira tout particulièrement à M. le docteur Jean Escat, dont nous pûmes apprécier, pendant un assez long séjour dans son service d'Urologie, l'extrême bienveillance et aux leçons cliniques duquel nous devons une grande part de nos connaissances.

Notre instruction trouva, d'autre part et surtout, en les professeurs de la Faculté de Montpellier, l'élément indispensable à l'achèvement de nos études. De leur enseignement nous garderons un souvenir indélébile, celui de la satisfaction, celui de la récompense de nos efforts, car c'est à ces maîtres que nous devrons le grade universitaire qui tantôt nous sera conféré.

L'expression de notre reconnaissance s'adressera enfin en particulier à M. le professeur Vires, qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, ainsi qu'à M. le professeur Baumel et aux professeurs-agrégés Leenhardt et Euzière, membres de notre jury.

H. Ubaud.

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA

MALADIE DE PARKINSON

INTRODUCTION

La maladie de Parkinson, cette curieuse affection dont la pathogénie demeure encore si obscure, n'a cessé de provoquer jusqu'à nos jours les recherches des neurologistes.

Entreprise dès 1817 par l'auteur qui donna son nom à ce syndrome (Essay of shaking Palsy), cette étude fut approfondie, en Angleterre, par Elliotson, Marshall, Stokes, Granes et Tood ; en Allemagne, par Ramberg, Hasse, Appolzer, Blasins et Cohn.

Sée et Trousseau, en France, envisagèrent les rapports de cette maladie avec la chorée.

Certaines analogies avec la sclérose en plaques donnèrent naissance à d'autres travaux dont la Salpétrière fournit les éléments aux Vulpian, Charcot, et leurs disciples, au nombre desquels figure Ordenstein (1868). Grâce à de telles recherches, une distinction fut dès lors nettement établie entre les deux affections.

Citons enfin Brissaud qui consacra une part de ses *Leçons cliniques* à l'étude de cette névrose.

A l'étiologie, se rattache le nom de Charcot ; il s'appliqua particulièrement à mettre en évidence une certaine relation entre les émotions vives et l'apparition de symptômes parkinsonniens.

Les observations d'Hillairet, d'Appolzer, de Kohts ; la thèse de Boucher (Paris, 1877), présentèrent un grand intérêt.

Vesselle (Progrès médical, 25 juillet 1885) et Pierret (thèse de Lyon, 1882) signalèrent ensuite l'influence du rhumatisme, et plus tard, l'action funeste du traumatisme, soutenue en 1878 par Charcot, était admise par Vandier (thèse de Paris, 1886), Deschamps (France Médicale, 1886), Glorieux (la Polyclinique, Bruxelles, 1895), etc.

L'hérédité fut mise en cause par Leroux dans sa thèse de Paris, 1880.

Heimann, Placzeck en 1892, mentionnèrent des cas de paralysie agitante et de tabes concomitants. L'année suivante, en 1893, Chabbert (Archives de neurologie) cite un exemple où l'hystérie coexiste avec la maladie de Parkinson ; et la thèse de Béchet (Paris, 1902) offre une étude approfondie des relations qui unissent les émotions fortes et la paralysie agitante.

Citons enfin Sanders, qui admet une origine réflexe, et Gowers, qui mit en avant le rôle de la dysenterie et de la fièvre typhoïde intervenant comme causes occasionnelles.

Quels sont maintenant la nature et le siège des lésions caractéristiques de la névrose qui nous intéresse ?

Cette question fut à son tour l'origine d'une série de travaux.

Des recherches furent faites par Dubief ; pour cet auteur,

il faut accuser une pigmentation anormale des cellules de la moelle.

Blocq et Gauthier ont trouvé des lésions musculaires.

Ballet, en 1898, signala la fragilité des prolongements protoplasmiques des cornes postérieures et antérieures de la moelle. Pour Gowers, la raideur qui caractérise l'aspect parkinsonnien est due à une altération fonctionnelle des prolongements protoplasmiques.

La théorie de Jaccoud et Borgherini, reprise par Brissaud en 1894, est renouvelée, en 1900, par Vires, dans ses *Leçons cliniques*. L'explication des troubles se trouverait, d'après ces auteurs, dans des lésions encéphaliques et médullaires.

Enfin, Grasset, dans ses *Leçons sur les Maladies de l'Oscillation et de l'équilibre*, partage l'opinion de Charcot, considérant ainsi la maladie de Parkinson comme une névrose.

De toutes ces théories, aucune n'est cependant parvenue à résoudre le problème, qui attend encore, à l'heure présente, une solution irréfutable.

Pour nos classiques, ces quatre mots : *lenteur*, *raideur*, *rigidité*, *tremblement*, constituaient tout le cortège des phénomènes observés dans la paralysie agitante. Charcot lui-même, dans un magistral portrait qu'il traça du parkinsonnien, semble s'en être tenu à décrire ces différents symptômes.

Mais à côté de ceux-ci, furent signalés, plus tard, des troubles accessoires : un état paréto-spasmodique, des contractures, un tremblement intentionnel.

Enfin, dans ces dernières années, l'attention se porta sur les manifestations psychiques fréquentes dans le syndrome qui nous occupe. Brissaud, Ball, Parent, Grasset, Dutil, s'efforcèrent d'en saisir les nuances ; des thèses récentes les ont mentionnées à leur tour, et c'est précisément à l'interprétation de ces troubles que sera consacré le présent tra-

vail, dont l'inspiration nous a été donnée par l'obligeance de M. le professeur agrégé Euzière.

D'après les recherches que nous avons entreprises chez les auteurs qui se sont intéressés à la question, et grâce aux observations que nous avons recueillies concernant les manifestations psychiques dans la maladie de Parkinson, nous avons envisagé la possibilité d'établir une classification dans la nature des phénomènes, pour détacher et faire ressortir avec plus de netteté les distinctions existant entre les différents états mentaux que l'on est exposé à rencontrer chez le parkinsonnien ; cela nous paraît concourir à augmenter l'intérêt de cette étude et permettra la division de ce travail en deux chapitres essentiels, qui traiteront, le premier :

Chapitre I. — De l'état mental du parkinsonnien vrai (cas où l'on ne découvre aucun phénomène d'aliénation).

Le second :

Chapitre II. — De l'aliénation mentale dans la maladie de Parkinson.

1° Cas où les sujets présentent tous la même forme d'aliénation, liée, sans doute, à la paralysie agitante.

2° Cas où il y a coexistence de la maladie de Parkinson et de diverses formes d'aliénation mentale.

Tel sera le plan que nous nous efforcerons d'observer fidèlement au cours du développement qui va suivre.

CHAPITRE PREMIER

DE L'ÉTAT MENTAL DU PARKINSONNIEN QUI N'EST PAS UN ALIÉNÉ

Au cours de l'examen d'un parkinsonnien, l'esprit du clinicien est tout d'abord frappé par l'état mental du malade. Il peut même, dirons-nous, être établi une règle générale qui accorde aux individus atteints de cette névrose une uniformité dans les modifications subies par leur état d'âme ; nous voulons parler de cette tendance naturelle à la tristesse commune à presque tous les sujets.

C'est à Parant que revient l'honneur d'avoir, le premier, mentionné ces modifications du caractère.

Brissaud a repris la question : « Le plus grand nombre des parkinsonniens, dit-il, paraissent, en général, indifférents à tous ce qui les environne. Ils ne parlent guère plus qu'ils ne bougent. Renfermés en eux-mêmes, repliés sur eux-mêmes, ils semblent avoir la même répugnance à émettre leurs idées qu'à agiter leurs membres. Ils ne s'extériorisent pas ; on leur parle : à peine daignent-ils répondre par quelque bref monosyllabe. On leur annonce des nouvelles joyeuses ou tristes, et leur visage impassible ne trahit ni plaisir ni douleur. Ils ont l'air détachés de ce monde et leur apathie paraît absolue. »

Voilà pour ce qui est de l'état mental : la suite de l'entretien de l'auteur s'attachera à déterminer la cause de l'indifférence dont est payé l'entourage du patient :

« De là à les accuser d'égoïsme, ajoute-t-il, de ce grand égoïsme sénile si pénible à ceux qu'ils ont aimés, il n'y a pas bien loin. Et c'est là, en effet, ce que l'on entend journellement répéter par ceux qui les approchent » ; « le parkinsonnien conserve pendant longtemps, quelquefois indéfiniment, toute la lucidité de son esprit. Il comprend à merveille ce qu'on lui dit et ce qu'on lui raconte. Il saisit la portée des bonnes et des fâcheuses nouvelles, mais pour traduire sa pensée, pour exprimer ses sentiments, il lui faut faire un si grand effort qu'il s'arrête devant la difficulté de la tâche : il est en état de *soudure intellectuelle* comme en état de *soudure physique* » ; « il faut qu'on l'entretienne des événements du jour, qu'on s'intéresse à lui, et surtout qu'on le plaigne. C'est pour lui un véritable soulagement, plus encore, un besoin ».

Et, de fait, l'état mental du parkinsonnien peut le plus souvent ne pas s'écarter de ces limites ; il prend un masque de résignation douloureuse dont l'apathie intellectuelle que signale Régis, n'est que la conséquence directe.

Nous avons déjà donné l'explication de Brissaud, relative à cet état d'indifférence ; nous la résumerons en quelques mots : la souplesse nécessaire à l'accomplissement des actes est entravée chez le parkinsonnien ; il en résulte pour lui une certaine tendance à ne se dépenser qu'à propos de choses dont l'importance lui paraît évidente.

« Un de mes externes, dit Brissaud, avait dans sa famille deux oncles atteints de maladie de Parkinson, un français et un anglais. Il vint me prier de voir l'un d'eux, me disant que le vieillard se *ramollissait* peu à peu, qu'il était devenu d'une exigence insupportable, et qu'on ne pouvait plus rien lui faire comprendre.

» J'y allai, et, figure nouvelle, je fus bien accueilli ; c'est aux personnes de la famille que sont réservées — règle assez

générale — les grogneries et la mauvaise humeur. J'examinai longuement le malade, et je fus frappé, en conversant avec lui, de la netteté de ses souvenirs, de la lucidité de son intelligence. Bref, au contraire de ce qu'on m'avait annoncé, j'avais affaire à un homme en possession de toute sa mémoire, de tout son jugement, de toute sa raison. Mais comme il semblait morne, inerte et ne sortait de sa torpeur que pour être despotique, on avait cru qu'il perdait la tête, qu'il se ramollissait. Je détrompai de mon mieux la famille, persuadé que je me trouvais en présence d'un de ces cas où le cerveau est *figé* autant que les muscles, ou, sinon le cerveau, du moins les nerfs moteurs, puisque les malades ne peuvent plus manifester leur volonté, tout en continuant à percevoir toutes les sensations. »

Les derniers termes de la conclusion de Brissaud n'ont pas manqué d'appeler notre attention ; et nous avons été ainsi amené à pénétrer au sein d'une question qui trouve sa place ici et à émettre un avis, sur la comparaison, sur le rapprochement que l'on a faits entre la névrose qui nous occupe d'une part et la paralysie pseudo-bulbaire d'autre part. Les phénomènes observés présentent en effet de grandes similitudes bien mises en lumière par l'exemple de Janischewsky. Mais nous verrons plus loin combien sont distincts l'un de l'autre, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, ces deux syndromes.

Le cas est celui d'une malade, russe d'origine, 48 ans, ménagère, entrée à l'hôpital civil d'Odessa, service du docteur Nenno : « Le masque du visage se fige tantôt dans une expression de bonhomie, tantôt dans celle de l'étonnement ou du recueillement. Les yeux sont tantôt largement ouverts, tantôt fermés. L'occlusion des paupières se fait, tantôt volontairement, tantôt involontairement, dès qu'on effleure un point quelconque de la tête ou du visage de la

malade. L'ouverture volontaire des yeux n'est quelquefois possible que dans la position couchée, la tête renversée en arrière. Dans les conditions ordinaires, la malade ne peut pas écarter ses paupières spontanément ; dans ce cas, elle lève avec ses doigts la paupière supérieure (plus souvent c'est la gauche), à la suite de quoi, les deux yeux s'ouvrent lentement.

» L'écartement passif des paupières est empêché par le spasme de l'orbiculaire des paupières ; cet écartement se fait si on lève une ou les deux paupières supérieures et si on les maintient un certain temps dans cette position.

» Les réflexes conjonctivaux et cornéens sont conservés. De même, le clignement se fait quand on claque des mains devant les yeux de la malade.

» Les mouvements volontaires de la moitié inférieure du visage — l'acte d'étendre les lèvres, celui de montrer les dents, — se font très difficilement, sont presque impossibles.

» Quant aux mouvements de la musculature de la face pendant le rire, ils se font rapidement et tout à fait facilement. Le rire, sous forme de sourire, apparaît à chaque occasion insignifiante : quand on y fait penser la malade, ou bien quand elle voit le sourire sur le visage des personnes environnantes.

» La bouche est entr'ouverte ; il s'en écoule une assez grande quantité de salive, grâce à quoi la malade est obligée de tenir constamment son mouchoir devant la bouche.

» Dans la position couchée sur le dos, la tête renversée en arrière, la sialorrhée disparaît. L'acte d'ouvrir et de fermer la bouche se fait difficilement ; souvent la malade « avale de travers ». Le réflexe massétérin est exagéré. La langue est tirée lentement en tremblant légèrement.

» Au commencement de la phrase, la parole est très lente, monotone, elle devient dans la suite tout à fait impossible ; la malade s'arrête à une phrase quelconque, la répète lentement, sans fin et finit par pousser un hurlement prolongé.

» Quelquefois, la malade parle en chuchotant doucement ou bien elle ne peut proférer un mot. Les mouvements volontaires des yeux sont quelquefois presque impossibles dans toutes les directions. Le regard, contre la volonté de la malade, reste fixé sur un objet. Cette fixation persiste si on imprime à la tête de la malade des mouvements passifs dans telle ou telle direction ; en faisant tourner la tête à droite, on voit les yeux se mouvoir à gauche et *vice versa*. Si on fait mouvoir l'objet fixé par la malade, ses yeux suivent les mouvements de l'objet. Ces mouvements des yeux se font tout à-fait facilement et suffisamment vite, soit qu'on fasse faire des mouvements passifs à la tête, ou qu'on déplace l'objet fixé. La fixation du regard se fait plus facilement si l'objet a de grandes dimensions ; les petits objets sont, par contre, fixés avec plus de difficulté ; dans ce dernier cas, les objets brillants (flamme d'une bougie) sont fixés plus facilement que les objets non lumineux (crayon).

» Voici ce qu'on observe pendant la lecture : ayant commencé une ligne, la malade fait passer ses yeux successivement d'une lettre à la suivante. Arrivée à la fin d'une ligne, la malade ne peut reporter ses yeux au commencement de la ligne suivante ; mais elle se sert d'une manière particulière : elle pose sa main au-dessous de la ligne qu'elle vient de lire et fixant sur sa main son regard, elle la déplace vers le commencement de la ligne suivante. Le reflexe pupillaire à la lumière est conservé. L'examen du fond de l'œil par M. le docteur Kanajanz n'a décelé rien d'anormal. Le champ visuel n'est pas rétréci ; les organes des sens sont normaux. La sensibilité cutanée n'est pas altérée. Pas de troubles trophiques. »

Nous trouvons dans cette observation un multitude de signes répondant fort bien à ceux que l'on signale dans la paralysie pseudo-bulbaire. Rien, au cours de la description

qui précède, ne saurait laisser penser à une atteinte, si légère fût-elle, des éléments périphériques, pas plus que de leurs liens centraux ; la seule voie qui paraisse avoir subi un choc, c'est celle de la motilité volontaire ; le cas est le même pour la paralysie pseudo-bulbaire.

L'analogie ne peut cependant s'étendre plus loin.

Ne serait-il pas inexact, en effet, de prétendre qu'il existe dans la maladie de Parkinson, à l'exemple de ce que nous voyons dans la paralysie pseudo-bulbaire, une paralysie motrice vraie ?

Nous ne constatons, en somme, qu'un ralentissement dans la voie de transmission des mouvements volontaires ; plus rarement, une interruption nette. Et ce ralentissement, nous savons remonter à sa source, nous savons à quelle cause il faut le rattacher : l'engourdissement musculaire peut seul être incriminé en la circonstance.

Les données cliniques, d'autre part, interviennent également pour faire de ces affections deux individualités propres. Traçons, pour abréger la discussion, un court parallèle entre ces deux syndromes :

Dans la paralysie pseudo-bulbaire, les troubles intellectuels sont de règle.

Nous n'avons plus affaire à un individu qui ne veut pas faire usage de ses fonctions intellectuelles, mais plutôt à un sujet chez lequel ces dernières ont subi une profonde atteinte. Tout différent est le parkinsonnien : tel l'avare qui va jusqu'à se priver du nécessaire, lui ne consent à faire travailler son esprit qu'autant qu'il en éprouve la nécessité absolue. En un mot, il est en puissance d'agir, c'est lui-même qui s'y refuse.

Enfin, nous ferons remarquer que les lésions anatomiques sont exactement définies dans la paralysie pseudo-bulbaire. On en connaît la localisation précise ; celle-ci siège soit dans la zone corticale, soit dans la zone médullaire (corps opto-

striés). Grâce à elles, s'expliquent tous les troubles observés dans la mimique.

Rien d'analogue dans la maladie de Parkinson. Les secrets de sa pathogénie ne nous ont pas encore été dévoilés ; ils sont encore à connaître.

De ce qui précède, il résulte que ce sont *l'hypocondrie*, *la mélancolie* qui prédominent dans le caractère et dans l'humeur du sujet. Fréquemment, nous constatons leur présence au milieu des autres symptômes de la maladie ; tous les degrés étant susceptibles d'être observés dans leur manifestation. Alors que tel parkinsonnien ne montrera, par exemple, que de l'indifférence, de l'égoïsme ; tel autre ajoutera à cela des phénomènes de dépression morale et de la tristesse ; tel autre, enfin, prendra une physionomie différente : ce que l'on remarque souvent, c'est une apathie d'autant plus accentuée, que les choses concernent de plus près l'entourage du patient. Nous allons voir par quel mécanisme le désespoir de la famille peut quelquefois déterminer, involontairement, un nouvel état d'esprit.

Les efforts à tirer le sujet de sa torpeur, sont demeurés vains et inefficaces. On se lasse peu à peu de tant d'ingratitude.

Les exhortations, les raisonnements, les bonnes paroles qui abondaient auparavant, et auxquels le parkinsonnien s'était habitué, n'ont donné aucun résultat ; les parents y renoncent désormais.

La nuance n'échappe point au malade.

Déjà enclin à la tristesse, parce qu'il se rend compte de la difficulté qu'il éprouve à exécuter les mouvements, mis par cela même dans l'obligation de laisser croire à une négligence dont il ne se défend point d'ailleurs, un autre facteur intervient pour accroître sa mélancolie. Son esprit, lucide jusque-là, ne se met pas à la portée de la situation qu'il crée lui-même à ses

proches. Cette solitude qu'il prenait plaisir à éprouver, et dont il était sans cesse entouré, il la voit progressivement, insensiblement, s'atténuer ; il en a conscience ; cette idée se renouvelle maintes fois dans son esprit et, lentement, prend racine au point de ne plus le quitter.

C'est alors pour lui une cause de tourment.

Tandis que tout se borne pour la famille à laisser le malade dans le calme, à fuir la conversation qu'il paraît ne pas vouloir accepter, le parkinsonnien, lui, se croyant rebuté, n'en est pas loin de se faire l'illusion que les siens veulent lui nuire.

L'équilibre de la balance est en quelque sorte rompu ; le cerveau n'apprécie plus avec justesse ni la valeur ni la portée des actes ; tout est fait d'après lui avec l'intention de lui porter préjudice.

Dans son imagination, c'est la ruine de ses intérêts, c'est sa propre disparition que l'on convoite. En un mot, il a conscience d'un malheur qui n'existe pas. Nous devinons la conséquence : au milieu d'un monde qui lui est antipathique, c'est, du matin au soir, une pluie de reproches et d'insinuations désobligeantes à l'adresse de la famille. Il n'est pas rare même que le malade n'aille pas jusqu'à proférer des injures.

Là s'arrête, à notre vue, la liste des phénomènes psychiques les plus communs et les plus bénins qui compliquent cette névrose.

Sortant de ce cadre, les troubles que nous signalerons plus loin sont du domaine de l'aliénation mentale.

CHAPITRE II

DE L'ALIÉNATION MENTALE DANS LA MALADIE DE PARKINSON

Il est des cas où l'état mental du parkinsonnien présente des troubles d'une nature telle qu'il ne peut plus être question, comme précédemment, de simples modifications du caractère et de l'humeur.

On n'a plus affaire maintenant à l'être intelligent qui pèse ses actes, mais, au contraire, à un véritable dément qui manifeste sa folie soit d'une façon commune à tous les sujets du même type : ce sont ceux qui font l'objet du premier paragraphe ; soit d'une façon imprécise et variable, c'est-à-dire présentant le polymorphisme qui caractérise l'aliénation mentale proprement dite.

Pour ne pas nous écarter de notre plan d'étude, nous adopterons donc, pour cette seconde partie de notre travail, une division en deux paragraphes :

§ 1^er^. *Cas où les sujets présentent tous la même forme d'aliénation mentale, liée, sans doute, à la paralysie agitante.*

Nombreux étaient les exemples où les manifestations, dont nous parlions précédemment, existaient nettement accusées et facilement décelables. — Plus rares, par contre, sont les observations où il est possible de relever une similitude, régulière, en quelque sorte méthodique, dans la forme de l'aliénation. Nous sommes parvenu cependant à recueillir

parmi les classiques un certain nombre d'observations probantes, et, grâce à M. le professeur agrégé Euzière et M. Simon Baumel, qui ont bien voulu nous permettre de rapporter l'histoire de deux cas tombés sous leur contrôle, il nous a été possible d'ajouter à ce texte le récit de quelques constatations récentes.

Un mot de ces manifestations tout d'abord. Quels sont les troubles que nous voulons signaler ? Ils se résument en : manie de suicide et hallucinations.

Ces désordres peuvent ou bien coexister chez le même individu, ou bien se montrer isolément chez des sujets différents.

Mais toujours, peut-on dire, c'est l'une ou l'autre forme que l'on rencontre.

La première, la manie de suicide, hante fréquemment l'esprit du patient. Il proclame à haute voix son désir de rechercher la mort ; il menace les siens de mettre à exécution son projet. Mais ses efforts atteignent-ils souvent le but proposé ?

Nous avons vu combien l'état moral était sous l'étroite dépendance de l'état physique. Eh bien, la même relation continue d'être respectée.

Les actes sont gênés dans leur accomplissement, disions-nous ; et ils le sont en toute circonstance, au même titre.

Cette difficulté d'action, elle qui influait sur la tristesse du parkinsonnien, devient d'un précieux concours dans le cas présent.

Une barrière infranchissable se dresse au devant du malade. Il hésite à déployer la somme d'énergie nécessaire à atteindre le but auquel il vise.

Celle-ci serait trop considérable. Sa paresse triomphe. Impuissant à fournir cet effort, force est donc pour lui de renoncer au suicide.

Et c'est un peu grâce à cette mollesse, que l'on a rarement à enregistrer de la part de ces malheureux les conséquences funestes qui, sans elle, seraient la plupart du temps inévitables.

A cela est dû également le nombre restreint des cas où l'internement s'impose.

Le tableau clinique est susceptible de prendre un autre aspect ; parfois même, celui-ci peut venir rehausser le précédent.

Les hallucinations constituent le deuxième type de folie.

Elles intéressent fréquemment l'ouïe, bien que des cas de troubles de la vue aient été également observés.

Tantôt le parkinsonnien est tracassé par la présence de persécuteurs imaginaires.

Au milieu du sommeil, il les voit, il les entend proférer des menaces à son adresse ; tantôt c'est l'idée de vol qui prédomine : des cambrioleurs tentent de s'emparer de ses biens. Ses impressions, il les traduit par des gestes ; il écarte de la main ses ennemis, et, n'était l'état d'impotence à laquelle sont réduits ses membres, il serait à craindre qu'il se livre à de véritables agressions.

Le docteur est-il appelé auprès de lui ; au cours de l'entretien, il décrit devant lui toutes les sensations qu'il éprouve. Et son état d'aliénation, reconnaissable aux autres symptômes qui l'accompagnent, est seul capable, en l'occasion, d'établir une distinction entre ces hallucinations d'une part, et, d'autre part, le rêve avec lequel on aurait quelque tendance à les confondre.

Tels sont, rapidement esquissés, les phénomènes que l'on rencontre chez les représentants de la catégorie des parkinsonniens que nous englobons dans le second groupe de notre classification.

Ball, au Congrès international de Londres, où les trou-

bles psychiques de la maladie de Parkinson furent de sa part l'objet d'un long développement, nous cite des observations probantes d'individus chez lesquels des manifestations similaires aux précédentes se trouvent réunies. Dans la première, dont voici l'essence, il nous dit :

« Charles B...., comptable, âgé de 53 ans, a souffert, pendant les 5 dernières années, de paralysie agitante. Premiers symptômes : douleurs dans les articulations interphalangiennes de la main gauche, avec léger tremblement ; 8 ou 10 mois plus tard, la totalité du bras droit fut frappée de tremblement ; 16 mois après, les membres inférieurs furent envahis. Bref, 3 ans après le début de la maladie, le malade était dans l'incapacité absolue de se livrer à un travail quelconque. Le 11 février, le malade fut admis à l'Hôpital Laennec. Diagnostic : maladie de Parkinson.

» Tous les symptômes de son affection sont manifestement augmentés par la plus légère émotion. Le malade éprouve des sensations liées à son état morbide ; les larmes perlent dans ses yeux sous l'effet de la cause la plus futile et l'inclination habituelle de son caractère consiste en un profond désespoir, mais le signe le plus frappant et le plus caractéristique de son état mental, c'est un sentiment enraciné qu'il est l'objet de persécution de la part d'ennemis imaginaires, qui, suivant son expression, sont constamment « après lui ». En examinant l'origine de cette idée qui l'obsède, nous découvrons que, pendant les cinq ou six derniers mois, il fut, chaque nuit, tracassé par une série d'hallucinations visuelles aussi bien qu'auditives. Toutes les nuits, il entend, à distance, des voix qui le menacent, l'injurient et l'insultent. Au même moment, il voit, il sent toujours ses ennemis ; ils se tiennent autour de son lit, ils s'approchent de lui ; ils le touchent sans cesse, et il fait des efforts désespérés pour sauver sa vie qu'il croit être dans un danger imminent. La

scène change quand le jour se lève ; ses tracasseurs imaginaires ont disparu, et il se rappelle seulement les visions terrifiantes qu'il a eues dans la nuit. Pendant la période précoce de ses illusions, il était capable de se rappeler ce qu'avaient énoncé les voix et il était à même de le répéter le lendemain matin.

» A présent, sa mémoire ne rapporte que le souvenir qu'il entendait ces mêmes voix ; mais les paroles qu'il entendait, il ne peut les répéter comme il avait coutume de le faire. Sous l'influence de son délire, le patient a plus d'une fois éprouvé une violente impulsion au suicide. Dans un autre ordre de considérations, son jugement paraît être sain ; sa conversation est logique. Il fait preuve toutefois de grandes lacunes de mémoire et il ne peut jamais s'entretenir de son cas personnel, sans envisager l'avenir de la façon la plus défavorable. »

Ball conclut ainsi que l'on est en présence d'un cas de folie « dans lequel la névrose prédominante semble seule responsable des phénomènes mentaux. Ni le traitement adopté, ni les dispositions personnelles et héréditaires du malade peuvent, à quelque titre, être appelés à entrer en considération. »

La deuxième observation du même auteur est celle du nommé D..., 34 ans, coiffeur, né en Sardaigne. Vint vivre à Paris en 1867. Le début des symptômes remonte à trois ans.

« Il y a 6 mois environ, les troubles mentaux firent pour la première fois leur apparition. Comme beaucoup d'individus de son pays, il fit preuve d'un tempérament vif ; son caractère était enjoué, ses mouvements lestes ; il était trés actif. Graduellement, cependant, il devint froid, négligent et indifférent à tout ce qui l'entourait ; il ne prenait pas davantage à cœur son travail ; il n'éprouvait plus aucun plaisir aux

amusements pour lesquels il avait autrefois indubitablement beaucoup de goût. Ainsi, après avoir été un actif, un homme intelligent, il parut tomber dans l'état d'un indolent, d'un apathique, d'un demi-fou. La mémoire lui fait défaut, ses mouvements sont lents ; il est maladroit ; depuis trois mois, il est dans une impotence complète.

» Diagnostic : paralysie agitante.

» D'un coup d'œil jeté superficiellement sur le sujet, résulte l'impression d'une gêne dans tout ce qui est relatif aux fonctions du cerveau. Mouvements et sensations, pensée et parole semblent se heurter, dans leur évolution, à un barrage permanent. Le malade est dans un état de démence caractérisée par l'apathie. »

Voilà donc un cas où l'état psychique prend la physionomie d'une folie à forme essentiellement dépressive.

La troisième histoire, qui semble en quelques points s'écarter du type d'aliénation qui fait le propre de ce chapitre, n'en est pas moins liée à cette classe, car nous y trouvons, par intervalles, à côté de phénomènes d'agitation manifeste, des signes d'une dépression qui, pour n'être que passagère, est cependant très évidente. Il s'agit d'une femme assez âgée, frappée depuie 10 ans de maladie de Parkinson. A partir du moment où s'effectua le véritable début de la maladie, « la patiente montra des signes d'un désordre mental manifeste. Sa conversation, qui avait coutume d'être raisonnable et rationnelle, devint tout à coup incohérente et décousue.

» Durant des heures entières, elle voulait s'entretenir avec elle-même et elle traduisait une grande irritabilité quand il arrivait à quelqu'un de l'interrompre ou de la troubler. Elle voulait alors sauter hors de son lit ; elle allait, disait-elle, quitter la maison et menaçait de se suicider.

» Aussitôt après être rentrée dans le calme, et cela non

sans difficultés, voilà que, de nouveau, subitement, elle s'emportait.

» Cet état d'excitation continuelle s'interrompait ensuite deux ou trois jours pendant lesquels elle demeurait relativement calme. »

Aussi typiques nous paraissent les deux cas inédits et dont nous devons l'observation à l'obligeance de MM. Jules Euzière et Simon Baumel. Nous les croyons utiles à notre étude, et comme tels, nous les exposerons ci-après dans leurs grandes lignes pour achever avec eux la série des exemples.

Observation Première

Due à l'obligeance de MM. le professeur-agrégé Euzière et Simon Baumel

Un homme de 43 ans entre à l'hôpital suburbain, salle Fouquet, service du professeur Rauzier. C'est un parkinsonnien typique..... Ce malade était plus qu'un triste, c'était un anxieux ; toujours cantonné près de son lit, geignant sans cesse, il ne sortait de sa rêverie douloureuse qu'à l'entrée d'un médecin. Alors, il se levait, allait vers lui, le questionnait sans trêve sur son état, demandant à être examiné et quêtant des encouragements auxquels il se refusait de croire. Non seulement il sait que sa maladie est incurable, mais il le sent lui-même ; ses organes sont déplacés, son estomac retourné, et, de nouveau, ce sont des questions : Guérirai-je ? « Qu'est-ce que vous pensez de mon mal ? Ah ! je sais bien que je suis perdu. » Bientôt il trouve qu'à l'hôpital on ne s'occupe pas assez de lui ; il réclame sa sortie, et malgré les conseils médicaux, malgré les supplications de sa famille, il quitte l'hôpital pour rentrer chez lui. Depuis plus de trois mois, il n'est pas resté plus de quatre

jours dans le même lieu, et cette instabilité est encore un signe pathologique ; il veut rentrer dans sa maison, puis dans un hôpital, puis chez sa sœur, puis chez son gendre, et jamais il ne se trouve satisfait ni des soins qu'on lui donne, ni du lieu où il se trouve.

Observation II

Due à l'obligeance de MM. le professeur agrégé Euzière et Simon Baumel

Homme de 48 ans, non moins typique, est malade depuis trois ans. Presque dès le début de sa maladie, il commence à se plaindre de l'abandon où le laissaient les siens : personne ne voulait s'occuper de lui ; on cherchait à le mettre en dehors de la vie commune, et dès qu'il se trouvait avec quelqu'un, c'étaient des plaintes. Sa femme le martyrisait, son fils souhaitait sa mort. Intarissable sur le chapitre de ses souffrances, il ne connaissait aucun autre sujet de conversation. Depuis deux mois, cet état avait rapidement empiré, le malade en était arrivé à un état extrême d'anxiété ; geignant sans fin, il fit un véritable délire de négation. Il prétendait être bouché, assurait qu'il n'allait jamais du corps, que la nourriture s'amassait dans son estomac et lui empoisonnait le sang ; il en vint à refuser toute alimentation, dut être nourri à la sonde pendant un mois et finit par mourir de cachexie et de complications pulmonaires.

Remarquons-le de suite. Un certain degré de similitude unit entre eux les états d'âme que nous présentent ces différents sujets. Dans les nuances, chacun possède nécessairement une caractéristique ; chacun d'eux constitue, nous devons le reconnaître, une individualité qui lui est propre. Mais cette division n'existe que dans les détails.

Approfondissons la question ; regardons de plus près les parkinsonniens de ce dernier chapitre. Nous serons alors mieux renseigné sur leur ressemblance. De séparés qu'ils étaient au début, nous les verrons insensiblement se rapprocher les uns des autres, et, tels des amis, pouvons-nous dire, pour mériter le même attribut, pour atteindre le même but, il s'engageront sur la même route. Ce but, nous le connaissons déjà : c'est la dépression morale avec la cachexie qui en résulte ; cette route, c'est la lypémanie accompagnée de l'impulsion au suicide et d'hallucinations de toutes sortes.

L'idée de définir les limites de cette catégorie de parkinsonniens aliénés ne présentait-elle pas un certain intérêt ?

Mais notre tâche n'est point terminée : la question se pose maintenant de trouver une explication aux troubles que nous avons signalés. Saurait-on pour cela se contenter de celles que nous donnent Parant et Ball ?

Certes, l'esprit, de prime abord, semble être satisfait des arguments de ces auteurs. Leur compétence n'échappe à personne. Faire des désordres psychiques une manifestation propre à la maladie en leur attribuant le nom de symptômes, c'est là un moyen de solutionner la chose. Mais, quelque rareté qu'on veuille bien leur accorder pour ce qui est de leur présence pendant l'affection, l'idée de symptôme réclamerait cependant, à notre avis, une plus grande fréquence, une plus grande régularité dans l'apparition.

Or, la plupart du temps, il n'en est pas ainsi. Si nous feuilletons des observations de parkinsonniens décédés, bon nombre d'entre eux, remarquerons-nous, n'ont jamais présenté de phénomènes d'aliénation alors que, par contre, le récit de leur histoire suffit à personnifier le type de la maladie. Bref, parkinsonnien n'est pas fatalement synonyme d'aliéné.

La paralysie agitante nous offre, dans les variétés de son

évolution, trop d'exemples où l'aliénation mentale fait absolument défaut pour qu'il soit permis d'avancer que la folie est de règle.

L'apparition des troubles psychiques exige davantage ; un facteur nous semble indispensable pour favoriser leur éclosion.

Avec la maladie de Parkinson, l'aliénation ne se trouve pas créée de toutes pièces.

C'est alors la dégénérescence mentale qui fournit ce concours capital ; en d'autres termes, la prédisposition doit entrer en scène, doit intervenir. Sans elle, pas de folie.

§ II. *Cas où il y a coexistence de la maladie de Parkinson et de diverses formes d'aliénation mentale*

La grande ressemblance dans la nature des phénomènes nous a fait insister sur la relation probable qui unit entre eux les cas cités au paragraphe précédent.

La question perd maintenant une grosse part de son intérêt.

Dans cette catégorie, en effet, il n'y a plus de trait d'union entre la paralysie agitante et l'aliénation mentale telle qu'on la rencontre dans cette nouvelle catégorie.

D'un côté : la maladie de Parkinson ; d'un autre côté, l'aliénation mentale ; mais celle-ci tout à fait indépendante, se présentant avec toutes ses modalités avec le polymorphisme le plus varié.

Les phénomènes s'écartent de la teinte uniforme et l'on parvient toujours à découvrir les rôles cachés, respectivement joués par des agents tels que l'hérédité névropathique, l'auto-intoxication et les lésions cérébrales.

L'aliénation mentale, ainsi qu'elle se manifeste dans ce groupe de malades, n'est en rien différente de celle que l'on rencontre chez l'aliéné pur. Aucune relation dans l'ordre de

succession des troubles. Tantôt les désordres psychiques précèdent de longue date les manifestations qui feront diagnostiquer plus tard la paralysie agitante ; tantôt ces désordres apparaissent ultérieurement ; mais leur cachet les rend étrangers à cette dernière ; leur polymorphisme leur assigne une autre origine.

En d'autres termes, nous sommes en face de deux sujets distincts mais réunis : un parkinsonnien et un aliéné. Il y a coexistence de deux affections, et ces affections évoluent séparément,

Les exemples qui font suite auront pour but de mettre en lumière la présence des troubles qui nous intéressent et qui ne sont guère que l'expression des états cliniques caractérisant soit l'aboulie, soit la neurasthénie, soit l'hystérie, soit la psychasthénie, soit la mélancolie.

Observation Première.

Maladie de Parkinson, avec démence et cécité corticale, par A. Marie (de Villejuif), Bu'l. de la Soc. cliniq. de Méd. mentale, mai 1909

« Il s'agit d'un dément parkinsonnien avec cécité corticale : l'attitude figée; les tremblements, enregistrés, étaient caractéristiques, ils disparaissaient à l'occasion des mouvements volontaires.

» A l'autopsie, on constata, dans l' hémisphère crebelleux gauche, un foyer ancien qui pourrait bien être en rapport avec l'hémitremblement précité.

» Le cerveau offre à considérer, d'une part, un double foyer de ramollissement symétrique dans les deux pôles occipitaux, à la face interne et au niveau des scissures calcarines : cette lésion est bien en rapport avec la cécité du malade et sa démence. »

Observation II.

(Raymond. — Société de Neurologie, 6 juillet 1905)

« Homme de trente-neuf ans. Mère a une affection cardiaque rhumatismale. Dans les antécédents personnels, on note seulement une grande émotivité. Il y a deux ans, pertes d'argent. Comme conséquence, légère raideur de tout le côté gauche, s'installant lentement, progressivement dans le bras, dans la jambe ; puis, il écrit moins bien de la main droite et, en même temps, le tremblement des deux mains s'établit. En 1903, convoqué pour faire ses treize jours, n'ayant pu se faire réformer, il en est très ennuyé et, le lendemain, il est obligé de s'aliter ; il est beaucoup plus raide de tout son corps et ses membres lui semblent être de plomb. En même temps des crises de désespoir puéril. Il est ajourné et peut reprendre ses occupations. Mais il se sent très fatigué : céphalée intense, *casque* pesant, battement des vaisseaux du crâne, etc.

» En décembre 1903, convoqué à nouveau pour ses treize jours. Nouveau désespoir. Il fait la période, puis il est réformé. Depuis janvier 1904, incapable de se livrer à aucun travail. Devient de plus en plus aboulique. La rigidité musculaire se généralise et s'accompagne de tremblements. Pertes séminales, impuissance génitale absolue. » Le malade, dans la suite, présenta tous les attributs d'un psychasthénique avec tous les signes de la paralysie agitante ; puis de la trépidation spinale des deux pieds et le signe de Babinski des deux côtés.

Observation III

(Maillard, thèse de Paris, 1907)

« Mme de R...., 69 ans, entrée à l'hopital de Tenon, service du docteur Klippel, salle Bouillaud, novembre 1905. Premiers symptômes remontant à 6 mois. Tremblement, attitude soudée, difficultés de la marche, rigidité des membres, voix monotone, tremblotante, pressée, faible, bégaiement, bouche entr'ouverte, air hébété, pas de paralysie, pas de troubles de sensibilité, pas de troubles intellectuels jusqu'en février 1906.

» Février 1906. - Depuis une quinzaine de jours, la malade présente des troubles psychiques. Elle a des cauchemars fréquents, elle rêve continuellement ; lorsqu'on lui parle, il lui arrive par moment de raconter ses rêves en croyant raconter des événements réels ; et elle est alors d'une lucidité parfaite. Il y a une huitaine de jours, voulant se lever, elle ressentit subitement une sensation de froid avec l'impression qu'on la tirait en arrière et elle fût tombée si on ne l'eût retenue. On lui demande d'expliquer ce qui vient d'arriver, elle raconte qu'elle a failli tomber « dans le canal couvert », étant sortie pour un petit tour de promenade dans le tramway électrique. On lui démontre l'impossibilité de ces faits et elle finit par reconnaître qu'elle a probablement été le jouet d'un rêve.

» Ses rêves sont si fréquents et si rapprochés qu'elle les assimile sans peine à la réalité et qu'elle paraît être en état de délire constant. Mais en la stimulant pour la réveiller, on constate qu'elle peut causer avec beaucoup de raison ; elle apprécie son état, se préoccupe d'une façon tout à fait normale de son avenir, etc.

» Sa *mémoire* est assez bien conservée, au moins en ce qui concerne la faculté d'évocation ; mais elle aime surtout à rappeler les faits très anciens, les incidents de son enfance ; elle semble se souvenir mieux des faits anciens que des faits récents, et cela peut faire supposer qu'en réalité sa mémoire, surtout en tant que faculté de fixation, n'est pas absolument intacte.

» 28 février. — La malade, incapable de marcher seule, demande qu'on lui porte son corsage ; elle veut le mettre pour sortir, elle a des courses à faire, etc.

» 2 mars. — Elle commence à mêler d'une façon constante ses rêves à la réalité. On a beaucoup de peine à obtenir des réponses sensées aux questions qu'on lui pose. Le délire commence à devenir constant.

» 3 mars. — L'état de rêve est à peu près continu ; dans les rares intervalles où il est moins accentué, quand on l'interroge brusquement, la malade répond avec intelligence et netteté, mais elle ne peut plus arriver à distinguer ce qui est rêve de ce qui est réalité. Si on essaie de lui démontrer l'impossibilité de ce qu'elle raconte, elle l'admet, mais ne paraît pas absolument convaincue. Ainsi, elle raconte comme un fait qui vient de se produire, qu'elle devait aller à l'enterrement de son mari (mort il y a quatre ans) et qu'elle avait des remords d'y avoir renoncé à cause du froid qu'il faisait dehors. Elle a de la peine à ne pas considérer ce rêve comme la réalité. Toute la nuit, elle a fait entendre une plainte prolongée ; par moments elle s'écrie : « Ça s'écroule ! je tombe ». Voici un autre rêve qu'elle identifie à la réalité. Elle se trouve chez elle, dans sa cuisine, elle monte sur une chaise pour atteindre un ustensile quelconque. Elle a l'impression d'une chute réelle en arrière ; elle se réveille en sursaut et explique ce qu'elle a rêvé comme un fait venant de se produire réellement. Dans un grand nombre de ses

rèves, elle a cette impression de chute en arrière, et il semble bien qu'elle doive éprouver une sensation réelle de chute analogue aux phénomènes de rétropulsion qu'elle présentait lorsqu'elle pouvait encore se tenir debout. Souvent elle rêve qu'elle est près d'un canal où elle est menacée d'une chute en arrière, toujours avec la sensation qu'on la tire. L'état devient de plus en plus précaire, et, le 12 mars, la malade meurt d'une broncho-pneumonie. »

Observation IV

(J. Seglas et Logre, *Revue neurologique*, 1er semestre 1911)

« La malade raconte qu'elle « n'est plus maîtresse de ses nerfs », « qui sont plus forts qu'elle ». Elle est obligée d'employer tout son temps à maintenir ou à ramener au bon ordre ses nerfs, qui s'agitent continuellement malgré ses efforts. Toutes ses attitudes, tous ses gestes ont pour objet de s'opposer à ces mouvements intempestifs. La nuit, lorsque la malade est couchée, les nerfs se replaçent : « Ils sont nerf sur nerf, chacun à son rang. » Tel nerf de l'épaule, qui s'était indûment placé dans la cuisse, regagne son siège accoutumé. Aussi la malade dort-elle bien tranquille et en position normale. Mais dès qu'elle se lève, et qu'il lui faut accomplir un mouvement, alors « les nerfs s'emballent ». Les ficelles du pantin se dispersent. Elle ne peut se tenir debout et elle ne peut marcher qu'à la condition d'adopter une attidude déterminée. Il existe, pour l'exécution de chaque geste, un rite, un protocole dont elle ne doit pas s'écarter. Entre les mouvements de ses différents muscles, la malade accuse les correspondances les plus variées et les plus inattendues. Lorsqu'on réduit son torticolis, elle sent

se tendre, dans la région de l'aine gauche, un nerf « gros comme le bras ». Lorsqu'on pince son sterno-cléïdo-mastoïdien droit, elle ouvre la bouche et ferme les yeux. Enfin, la malade nous donne elle-même la clef de son attitude soudée et de son tremblement en disant : « Si je suis raide, c'est parce que les mouvements tirent sur mes nerfs. »

» Les nerfs, au dire de la malade, ne se déplacent pas seulement, ils s'élargissent et se dilatent jusqu'à dépasser les limites normales de son corps. « Figurez-vous, dit-elle, un élastique. » Dans leur mouvement d'expansion, les nerfs, sans qu'elle puisse affirmer nettement qu'ils se détachent de sa personne, lui semblent prendre contact avec les objets environnants, s'étendre jusqu'à la chaise, jusqu'à l'armoire, aller se promener jusqu'à la cheminée, etc. Il y a là un curieux phénomène d'illusions de la sensibilité interne.

» Le sentiment de l'automatisme musculaire est si intense que la malade semble présenter quelques troubles de dépersonnalisation, en rapport avec les illusions kinestésiques. Elle parle toujours de ses nerfs à la troisième personne, comme s'il s'agissait d'une individualité distincte d'elle-même. Souvent, elle renonce à expliquer ses attitudes en alléguant : « Je ne sais pas. Ce n'est pas moi, ce sont les nerfs. »

Les troubles remarqués dans l'observation de A. Marie, sont, on le voit, d'ordre essentiellement nerveux.

Comment faut-il interpréter la marche des phénomènes manifestés dans le deuxième de ces cas ?

Pourrait-on trouver une relation, un lien de parenté entre eux et les symptômes de la maladie de Parkinson ?

La chose nous paraît impossible ; il serait plus sage, croyons-nous, de faire deux parts : d'un côté, celle de la paralysie agitante, de l'autre, celle de la neurasthénie

Qu'est-ce qui nous a frappé dans la troisième observation ?

C'est cette confusion évidente entre la réalité et la rêverie. Le malade ne manifeste point un délire ouirique, puisqu'il n'incarne pas son rôle, puisque son calme est conservé. Mais son esprit est plein de confusion ; le discernement est pour lui impossible entre les représentations mentales purement automatiques et les représentations mentales dues aux objets réels.

Et cet état de rêve nous paraît alors explicable. — L'intoxication n'a-t-elle pas été accusée de déterminer un engourdissement plus ou moins accentué suivant les moments ? Klippel en précise même l'origine ; il la place dans l'insuffisance hépato-rénale et donne à celle-ci comme cause l'artériosclérose.

— Enfin, relativement à la quatrième observation, le diagnostic de torticolis mental, d'une part, suffira, nous semble-t-il, à montrer la nature du terrain fourni au développement d'une idée qui, s'exagérant, en est arrivée à simuler le torticolis organique.

D'autre part, le délire reposant sur l'altération subie par le sens musculaire, altération dont l'existence est indubitable chez le sujet en question, reconnaît comme substratum anatomique les corpuscules disséminés à l'intérieur des muscles et à leur union avec les faisceaux tendineux (Golgi).

En résumé, dans tous ces exemples il y a coexistence de la maladie de Parkinson et de lésions organiques.

Dans la première, à côté de la paralysie agitante, nous trouvons des troubles psychiques d'ordre nerveux.

Dans la deuxième, les troubles d'ordre neurasthénique sont indubitables.

Dans la troisième, figurent parallèlement des phénomènes d'intoxication.

Enfin, dans la dernière observation, l'association de la maladie de Parkinson est nette, avec l'hystérie.

CONCLUSIONS

Nous nous croyons autorisé à tirer de ce qui précède les conclusions suivantes :

Qu'on peut diviser les troubles psychiques de la maladie de Parkinson en deux groupes :

I. Un premier dans lequel prennent place la grande majorité des observations et dans lequel l'atteinte psychique est réduite au minimum. Celle-ci n'est alors constituée que par une tendance à la tristesse et à l'hypocondrie ; état parfaitement explicable par la méditation du malade sur la triste situation physique où il se trouve.

II. Un second groupe, non moins riche en nombre mais plus riche en variété, où le parkinsonnien est un véritable aliéné.

A son tour, ce groupe se subdivise en deux groupes de faits, se distinguant l'un de l'autre par la pathogénie et la symptomatologie des manifestations psychiques.

a) Il en est un, le plus intéressant quoique le moins fréquent, où les troubles psychiques sont constitués par un véritable délire de persécution et de préoccupations hypocondriaques.

La constance de la forme clinique de ces délires, le paral-

lélisme de leur intensité et des troubles physiques, les font pathogéniquement rattacher à la maladie de Parkinson elle-même.

b) Dans un dernier ordre de faits, on voit des formes d'aliénation mentale très variées se combiner avec la maladie de Parkinson. Il n'y a là qu'une simple coïncidence, l'aliénation mentale coexistante, relevant non pas de la paralysie agitante, mais d'une cause autre, qui est assez souvent une cause organique.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

Ball. — Congrès International de Londres, 1881.

— Encéphale de 1882, II, 22.

Brissaud. — Leçons sur les maladies nerveuses, Salpétrière 1893-94 (Recueillies par Henri Meige).

Catola. — La sialorrhée dans la maladie de Parkinson (Société de neurologie, 12 janv. 1905).

Collet. — Formes anormales de la maladie de Parkinson (Société des Sciences médicales de Lyon, janvier 1902).

Dutil. — Précis de pathologie mentale, par Gilbert-Ballet.

Gilli. — Etude sur les syndromes de Parkinson, modalités et associations cliniques, pathogénie. Thèse de Paris, 1900. R. N., 1901, p. 100.

Grasset et Rauzier. — Article du Traité de médecine et de thérapeutique.

Grasset. — Leçons sur les maladies de l'oscillation et de l'équilibre, 1901.

— Traité pratique des maladies du système nerveux, t. II, p. 654.

Jonischewsky (A.). — Un cas de maladie de Parkinson avec syndrome pseudo-bulbaire (Rev. Neurol., 1909, p. 823).

Lévi (L.) et Taquet. — Maladie de Parkinson avec état parétospasmodique. Société de neurologie, février 1905.

Mackintosch. — Symptômes bulbaires dans un cas de paralysie agitante (Scottish. med. and. Surg. journal, octobre 1903).

Maillard. — Thèse de Paris, 1907.

Marie (A.). — Maladie de Parkinson avec démence et cécité corticale (Bull. de la Soc. clinique de méd. mentale). R. N., 1909, p. 1190.

PARANT. — Annales médico-psychologiques, 1883.
RAYMOND. — Société de neurologie, 6 juillet 1905.
RÉGIS (E.). — Précis de psychiâtrie, 1906.
ROGER. — Encéphale, 1885, n° 6, p. 648.
SEGLAS (J.) et LOGRE. — Revue neurologique, 1er semestre 1911.
SICARD et GUILLAIN. — Société médicale des hôpitaux, 1899. L'hypertension artérielle dans la maladie de Parkinson.
SOUQUES. — Syndrome glosso-labio-laryngé dans la maladie de Parkinson. Société de neurologie, 12 janvier 1905.
VIRES. — Leçons cliniques, 1900.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 10 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 10 juillet 1912
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !